12.

Prof. CASELLI AZZIO

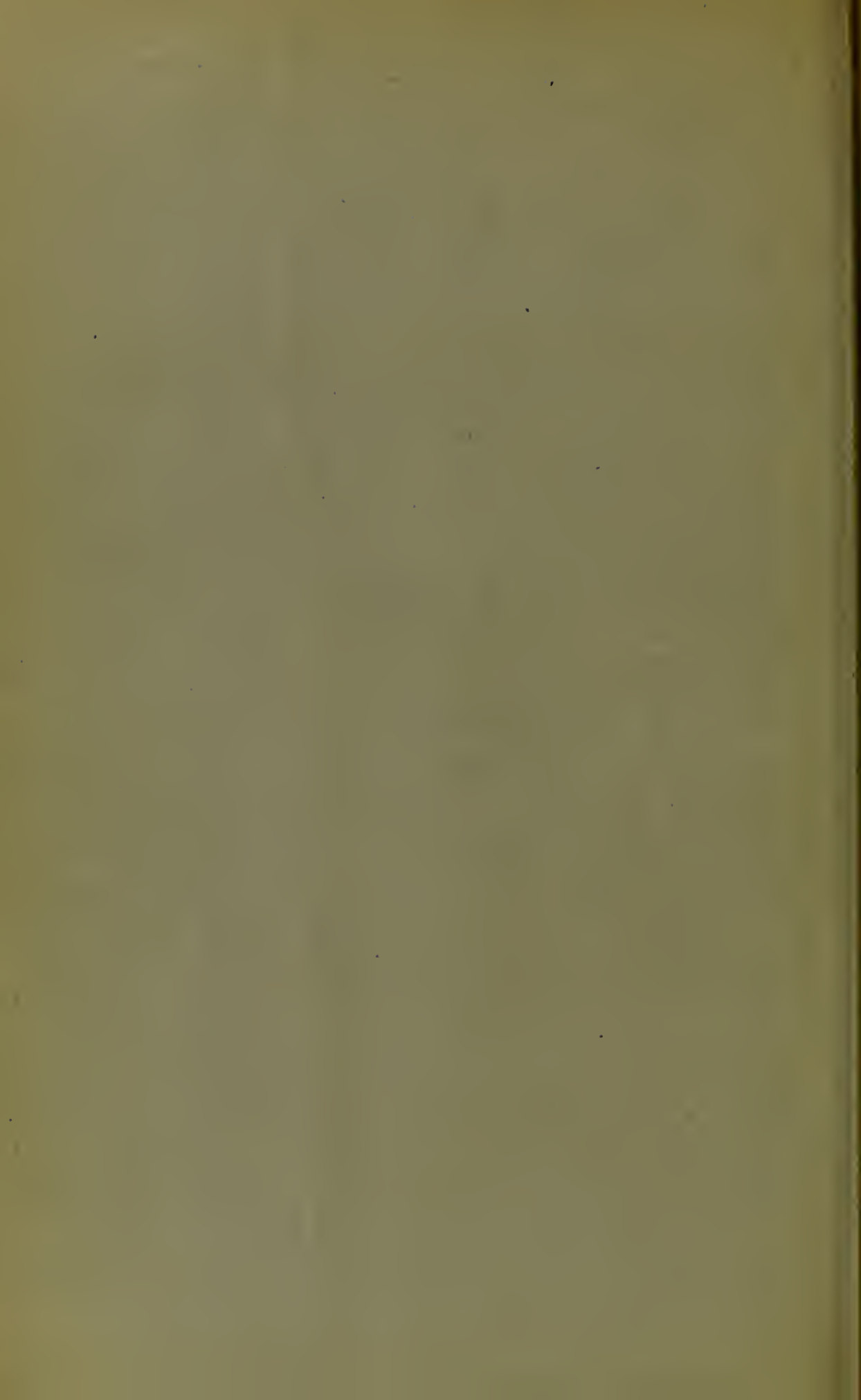
ESTIRPAZIONE

DI

FIBRO-ENCONDROMA MIXOMATOSO ENORME

DELL' OSSO JOIDE E DELLA LARINGE

ESTIRPAZIONE

DI

FIBRO-ENCONDROMA MIXOMATOSO ENORME

DELL' OSSO JOIDE E DELLA LARINGE

DEL

Prof. CASELLI AZZIO

CON DUE FIGURE

Reggio-Emilia
TIPO-LITOGRAFIA DEGLI ARTIGIANELLI
1881

Se i soli casi fausti fossero resi di pubblica ragione niuna guida fedele avrebbe l'operatore, e resterebbe in preda ad una micidiale illusione che, tingendo ogni avvenire de' suoi operati in rosei colori, lo farebbe cadere nel più profondo scoraggiamento quando arrivasse a toccare con mano la triste realtà degli insuccessi. Il caso che qui imprendo ad esporre, appartiene a quel gruppo che segna l' ultimo limite della possibile esecuzione di un atto operativo. Da una parte la natura benigna del tumore, la giovane età del paziente, la niuna partecipazione alla neoplasia di grossi vasi e nervi essenziali alla vita; dall' altra l'enorme sviluppo del tumore e la sua sede fra organi de' più temibili in una tanta demolizione.

Prevalse l'idea di operare di fronte all' imminente morte per soffocazione e per inanizione, e il fatto dimostrò non solo la possibilità dell'operazione, ma ancora la non difficile protesi successiva. La morte avvenne in 2.ª giornata per un accesso rapidissimo di esaurimento,

quando tutto lasciava sperare un felice avvenire. Ed ecco come erroneo sarebbe stato il sottrarre alla pubblica considerazione un caso che, mentre mostra la possibilità di una gravissima operazione, insegna che a scongiurare la catastrofe è d'uopo che l'intervento chirurgico abbia luogo prima che le neoplasie abbiano raggiunto spaventevole mole, e ci rende palese altresì come sianvi soggetti i quali con apparenze erculee facilmente soggiacciono a rapidi esaurimenti per l'istantaneo cessare della resistenza vitale.

Per quanto riguarda la storia clinica del caso, n'affido l'esposizione al mio valente coadjutore dottor Vittorio Mattei, il quale unitamente agli assistenti, dott. Soncini, Grasselli e Nobili, prestò validissimo ajuto nella grave operazione.

Dal Santo Antonio di Vicenza, d'anni 27 entrava nell'Ospedale di Santa Maria Nuova in Reggio d'Emilia il 1.° novembre 1880, e due anni prima avea avuto principio la sua malattia. Proveniente da genitori robusti, d'onde trasse una costituzione forte ed immune da precedenti morbosi ereditarii, diretti o collaterali, fu dotato sempre della salute la più florida, finchè s'accorse d'una piccola prominenza dura, indolente, in corrispondenza al lato destro del *Pomo d'Adamo,* col quale faceva corpo e ne seguiva i moti d'elevamento ed abbassamento durante la deglutizione. Dal volume di un semplice nocciolo, la tumidezza adagio adagio crebbe fino a quello d'un uovo di gallina, impiegando un tempo di circa 6 mesi a raggiungere un tale sviluppo, mentre inalterati erano la resistenza, la base d'impianto e la mobilità della neoplasia che, anche a tal

punto, non arrecava agli organi il menomo disturbo funzionale.

In Vicenza venne il tumoretto asportato; dopo sette mesi avvenne la riproduzione in prossimità e a destra della recente cicatrice, e non avea ancora raggiunto il volume d'una noce che venne per la seconda volta asportato, ma indarno, chè dopo appena 30 giorni riappariva per un più pronto e rapido sviluppo, quantunque anche in questa seconda operazione la cicatrizzazione non avesse tardato ad effettuarsi. Dal punto di sede primitiva esso s'avanzava d'ogni lato, con deformazione mostruosa del collo, acuti dolori, impedimento alla deglutizione e alla libera emissione della voce. Disperato il povero Dal Santo, era ormai deciso a togliersi la vita.

Fu consigliato di presentarsi al prof. Caselli; che lo ricevette nella sua infermeria, lo sottopose a diligente esame e ne raccolse i seguenti dati:

Scheletro bene sviluppato. Statura alta e regolare. Torace amplo e quadrato. Musculatura esuberante. Pannicolo adiposo scarso. Pelle bruno-olivastra. Sguardo melanconico e sofferente. La parte anteriore e laterale del collo, cioè le regioni sotto-mascellare, sottojoidea, laringea e porzione dei triangoli laterali sono occupate da un voluminosissimo tumore che ha i seguenti rapporti: anteriormente colla pelle che lo ricopre senza essergli aderente; a destra ed innanzi collo sterno-cleido-mastoideo destro compreso per la sua parte superiore nello stesso; a destra e all' indietro colla carotide e col margine esterno del trapezio; in alto col margine inferiore della mandibola e col pavimento della cavità orale: a sinistra collo sterno-cleido-mastoideo sinistro spinto in avanti, e colla carotide spostata all' indietro; posteriormente coll' osso joide e porzione superiore della

troide; inferiormente colla cricoide e trachea spinte a sinistra ed al basso in modo da distare la prima 3 centimetri dal margine superiore dello sterno. La laringe è appiattita dall' avanti all' indietro, è di durezza ossea in alcuni punti ed in senso trasversale misura centimetri 8.

Il tumore ha conformazione globosa e lobulata; è molto spostabile nel senso orizzontale, leggermente in senso verticale; i movimenti di lateralità sono comunicati alla trachea. Non ha ovunque la stessa consistenza; in due o tre punti anteriori, ove è più prominente, è molle ed elastico al segno da sembrare fluttuante (fig. 1.ª A B); negli altri punti è di durezza cartilaginea. La pelle ha colorito normale e non è punto alterata, presenta solo due cicatrici lineari, l' una lunga centimetri 6, l' altra centimetri 9.

L' altezza della neoplasia sulla linea mediana è di centimetri 14 e millimetri 5, la larghezza massima di centimetri 36. Sulla linea mento-acromiale destra misura centimetri 20, e centimetri 15 sulla mento-acromiale sinistra. In larghezza è di centimetri 32.

Facendo inghiottire liquidi, il che succede a stento, su quella linea di pelle che segna il limite sinistro del tumore, si scorgono piccole oscillazioni successive dall' alto in basso trasmesse dai movimenti di discesa del liquido per la faringe e l' esofago.

L' esame dei visceri toracici ed addominali risulta negativo: come pure l' inspezione della cavità orale e della retrobocca: il palpamento per altro fa rilevare che al pavimento di quella è aderente la neoplasia. Il sistema vascolare linfatico è normale tanto a distanza quanto in prossimità del male.

Da questi dati il Caselli stabilì la diagnosi di condro-sarcoma e la possibile sua asportazione.

L' operazione venne fissata per il 9 dello stesso mese di novembre, ed alle 12 1[2 di tal giorno tutto era preparato. L' apparecchio istrumentale era ricchissimo, massime per ciò che riguarda l' emostasia e non mancavano aghi d' allacciatura in massa, serranodi, *ecraseurs*, numerose pinze di Pèan, *klemmer* di Billroth e per ultimo la macchina galvano-caustica ed il termo-cauterio Paquelin. Il malato giaceva sul letto d' operazione e veniva sottoposto all' inalazione del cloroformio che ben presto si dovè sospendere per i gravi fenomeni soffocativi dovuti alla laringo-stenosi. A questo non potevasi riparare con una tracheotomia preventiva, mancando sufficiente lunghezza di trachea estratoracica, perchè retratta quasi tutta dietro lo sterno. Non ostante ciò il prof. Caselli coadjuvato da suoi assistenti, alla presenza di parecchi medici di Vincenza, Piacenza e Reggio fatto dirigere sul collo dell' infermo, che era in istato di seminarcosi, una grossa colonna di nebbia fenica, incominció l' atto operativo. Praticò una prima incisione, partendo dall' angolo destro della mandibola, e terminò un centimetro all' indentro del sinistro rasente il suo margine; da questo ne condusse altre due al centro della regione giugulare, una dal mento, e l' altra 3 centimetri all' indentro dell' origine della prima. Ne risultarono così tracciati due lembi triangolari a base laterale, il destro più piccolo, e l' altro più abbondante che circoscrivevano un' area triangolare cutanea a base in alto. Dissecò il lembo destro comprendendovi la fascia superficiale, il platismamioide e il foglio superficiale dell' aponeurosi cervicale, e mettendo allo scoperto la vena giugulare esterna anteriore e la posteriore, non che buona parte dello sterno-cleido-mastoideo assottigliato ed aderente alla neoplasia. Allacciati questi vasi con catgut in due punti alla distanza di 2 centimetri

e troncatili a metà di questo spazio, a mano sospesa incise il muscolo. Si accinse allora all' isolamento del fascio vascolo-nervoso carotideo, onde dominarlo ad ogni evenienza rasentando il margine destro della neoplasia. Tagliò quindi la pagina di aponeurosi cervicale retrostante allo sterno-cleido-mastoideo, e spostando in avanti detto margine, mise allo scoperto i vasi e i nervi colla loro guaina spinti all' indietro. Ma per attaccare il tumore la via era troppo angusta e pericolosa, onde incominciò a liberarlo dal piano della bocca. Praticò la dissezione del lembo sinistro comprendendovi le stesse parti, approfondì il taglio lungo l' orlo inferiore della mandibola incidendo la robusta fascia cervicale, e sacrificando il ventre anteriore dei due digastrici, il muscolo milo-joideo ed i due genio-joidei, raggiunse la sommità della neoplasia che distaccò dal genio-glossi dalle glandole linguali e sotto-mascellare sinistra. Evitò l' emorragia dalle arterie mascellari esterne e dalle linguali, perchè previamente allacciate. Coll' indice potè girare su tutta la parte superiore della neoplasia e la trovò tutta uniforme, salvo che all' unione del terzo destro coi due terzi sinistri esisteva un solco diretto obliquamente dall' avanti all' indietro e da destra a sinistra. Egli allora pensò di segmentarla nella direzione di quel solco onde rendere più agevole l' isolamento dagli importanti pericolosi rapporti laterali. Si fece così strada per quel solco incontrando il ventre posteriore del digastrico diretto verso l' osso joide, che lo guidò a compiere, parte disgregando e parte incidendo, una sezione del neoplasma nella direzione dall' alto in basso, da sinistra a destra e dall' avanti all' indietro. Un terzo così della massa totale, la destra, era separata in ogni suo punto salvo che all' esterno, ove corrispondevano i rapporti intimi coi vasi carotidei ed i nessi nutritizii maggiori.

Il Caselli si dispose a compiere questa parte importantissima e delicata dell' operazione, ed incominciò a disgiungere piuttosto che ad incidere i tessuti e, raccogliendoli in tanti piccoli fascetti, si pose a troncarli fra due preventive allacciature.

Il ramo discendente dell' ipoglosso e il laringeo superiore furono isolati ed incisi separatamente. Tale lavoro costò molto tempo e molta pazienza all' operatore, che ebbe la soddisfazione di togliere la prima parte di tumore senza ombra d' emorragia, nè dalla tiroidea superiore e sue diramazioni, nè dalla faringea benchè fossero state lese.

Rimanevano in posto altri due terzi con adesione forti posteriori inferiori e laterali sinistre. Il Caselli allora si portò da destra a sinistra dell' infermo, ed operò con tutta speditezza e senza emorragia il distacco di quest' altro lato importante del tumore valendosi dello stesso metodo. Ritornò a destra per distruggere le adesioni posteriori che dall' alto in basso esistevano col muscolo joglosso, col costrittore medio ed inferiore del faringe, coll' osso joide e colle parti tirojoidee. Disgiunse da destra a sinistra, parte incidendo e parte previamente allacciando, i tessuti, ed ebbe cura di aprire il meno possibilmente la faringe col compiere il lavoro di separazione a scapito della parte muscolare. Solamente in due punti fu d' uopo ferirla nella mucosa, ma non sussegui alcun inconveniente esistendo l'emostasia la più perfetta. Afferrato allora il neoplasma, che aderiva soltanto per un grosso peduncolo alla regione sotto-ioidea e laringea, lo trasse all' infuori del collo, lo strinse a doppio nodo fatto con robusta corda di budello fenicata e poscia lo troncò al di sopra dell' allacciatura. Questa seconda segmentazione, fatta per impiccolire la massa del tumore, rendeva più agevole l' ultimo tempo

dell' operazione, cioè l' asportazione parziale della laringe e faringe invase dalla malattia.

Trattandosi di aprire il canale respiratorio affinchè non vi si versasse sangue, il Caselli fece sporgere fuori del margine del letto la testa del paziente, la rovesciò in giù e la portò sopra le proprie ginocchia. Munitosi del coltello galvano-caustico, lo strisciò orizzontalmente in corrispondenza degli attacchi dell' joglosso colla base della lingua, penetrò nella faringe senza che una goccia di sangue vi cadesse, indi ne attraversò con un filo di platino la parete laterale in corrispondenza del margine superiore della tiroide; disposto poi il filo ad ansa ed incendiatolo divise in direzione verticale detta parete. Ugualmente praticò dal lato sinistro. Afferrò colle dita il laringe ed, unitamente al restante del tumore lo stirò in avanti. Mentre ciò faceva si potè scorgere e studiare il meraviglioso funzionare della glottide, sia nella semplice respirazione, sia nella emissione dei suoni. Prima di procedere oltre volle otturare la trachea (che, libera dalle aderenze in alto, erasi tutta retratta dietro il manubrio dello sterno) praticando una tracheotomia ordinaria ed introducendo la cannula del Trendelenburg: per eseguire questa operazione, in cui ebbe d' uopo di stirare fortemente in alto il tubo aereo, si valse del tracheotomo da lui inventato. Dopo ciò con robusta forbice fece un' incisione che comprendeva quasi tutta la parte destra della cartilagine tiroide ed il margine superiore della sinistra, asportando così, assieme con buona parte di laringe, tutta la porzione soprajoidea della neoplasia rimasta in sito. Escise pure colle forbici l' epiglottide, perchè compresa nel male.

Lo stato delle parti dopo l' operazione era il seguente. Esisteva un piano esteso superiore nel luogo della regione sotto mascellare formato dal muscolo

joglosso, dalle glandole linguali e sotto mascellare sinistra essendosi la destra asportata col neoplasma; tale piano continuava posteriormente con un altro a lui perpendicolare e cioè colla parete posteriore della faringe fiancheggiata dalle due carotidi, dai nervi vaghi e jugulari; era attraversato dall' apertura, la quale faceva capo nella cavità orale. Inferiormente eravi il moncone della laringe e l' ultimo tratto della faringe in rapporto normale tra loro.

Lo stato dell' infermo era abbastanza buono: era in perfetta conoscenza e solo sentivasi un poco estenuato: aveva polsi piccoli, ma regolari, respiro, tranquillo. Gli vennero somministrati eccitanti per mezzo di una siringa esofagea introdotta nello stomaco. Indi poste due spugne imbevute del liquido emostatico Capodieci nel grembo della ferita, da cui gemeva a guisa di bava poco sangue, furono provvisoriamente avvicinati i lembi e ricoperta la ferita con un apparecchio provvisorio di medicatura Lister. L'operazione durò 2 ore e mezzo ed 80 furono le allacciature di vasi fatte tutte in catgut e a nodi perduti.

Alle ore 6 1[2 pom. dello stesso giorno il prof. Caselli si preparò a compiere la sutura dei lembi e ad applicare la definitiva medicatura. Dopo averli divaricati e lavata la ferita con soluzione fenicata al 25 per 100, li ricondusse a mutuo contatto fissandoli tra loro e col margine cutaneo superiore (fig. 2ª A A) mediante 29 punti in seta Lister di sutura intercisa, valendosi dell' ago DeRoubaix. La siringa esofagea lasciò a permanenza e ne fece uscire la parte libera dall' angolo destro della ferita (fig. 2.ª C). Onde avere l'adesione dell' estremità superiore dei lembi el piano orale, attraversò queste parti con tre anse di seta, i cui capi, introdotti separatamente nella bocca, vennero rispet-

tivamente annodati disotto alla lingua. Questo speciale processo di sutura tutto nuovo ideato dal Caselli nella circostanza, corrispose perfettamente allo scopo desiderato.

Compiuta la medicatura l'ammalato era in condizioni migliori: la sua fisonomia era animata, i polsi rialzati.

L'esame microscopico del tumore diede i seguenti risultati:

La forma desunta dalle due porzioni maggiori unite assieme è globosa e bilobata. Le dimensioni sono le seguenti: Il diametro maggiore, l'orizzontale, è di centimetri 10, il minore, verticale, di centimetri 6. È circondato da una capsula resistente, grossa, perlacea, alla cui superficie esterna aderiscono fibre muscolari, lacerti di aponeurosi, tronchi di vasi e di nervi: l'interna superficie non è unita molto strettamente al tessuto del tumore; da questo separando la capsula, gliene restano aderenti dei brani. Alla parte posteriore trovansi frastagli di mucosa; più in giù fisso alla neoplasia esiste il gran corno dell'osso joide, ove appunto eravi la continuazione colla 3.ª porzione. Esaminate le superficie per le quali sono a contatto le due porzioni maggiori superiormente, l'aspetto è uguale a quello della esterna, inferiormente, ove corrisponde un vero piano di sezione, esiste nel centro un' ampia cavità di figura ovoidale frastagliata, coll'asse maggiore lungo centimetri 6, col minore lungo centimetri 3: nel restante il tessuto ha consistenza elastica ed è di un colore bianco-perlaceo. Tagliate ambo le parti mediante una sezione orizzontale in questa si veggono parecchie aree rotonde circondate da una capsula di varia resistenza e grandezza, le più piccole del diametro di 5 millimetri, le maggiori di 6; alcune formate da tessuto bianco gri-

giastro trasparente e lattiginoso e sono le principali, altre da tessuto meno duro e di colore rossigno. Sonvi poi qua e là escavazioni di diverso diametro contenenti un liquido gialliccio, trasparente e filante. Due o tre di queste cavità dell' apparenza di cisti corrispondono alla superficie anteriore quasi subito sotto la cute.

Verso la parte posteriore ed inferiore ove avvi il gran corno dell' osso joide gli strati più esterni della capsula hanno la consistenza ossea. La terza porzione forma un amasso irregolare del diametro di 6 centim. d' aspetto lobulato contenente parte di cartilagine tiroide ossificata senza alcuna traccia d' osso joide. La superficie di sezione è dell' aspetto del restante, salvo che presenta aree incapsulate più piccole ed avvi mancanza di qualsiasi cavità cistica.

Alcuni pezzi del tumore, tolti dai punti, più duri e più rammolliti, furono inviati dal Caselli al valente Anatomo-patologo Professor Foà di Modena, ed ecco ciò ch' egli scrisse il 13 dicembre in risposta dopo praticati gli esami microscopici.

« Il tumore che tu m' inviasti in due frammenti pic-
« coli conservati nell' alcool e nell' acido cromico è,
« stando a quei frammenti stessi, un *Encondroma*. La
« maggior parte del tumore è cartilagine jalina, una
« parte è fibro-cartilagine, un' altra parte molle è
« cartilagine mixomatosa. Varietà di tessuto cartila-
« gineo, come nelle neoformazioni dello stesso ordi-
« nariamente si trovano, ma che si comprendono sot-
« tintesi nella diagnosi di Encondroma. »

« Stando a quelle varietà di struttura la diagnosi
« sarebbe di *Fibro-encondroma mixomatoso*, ma sic-
« come la parte di gran lunga prevalente è il *con-*
« *droma* così parmi che basterebbe quest' ultimo ter-
« mine ».

Diario

Mattino del 9 *Novembre*

	Puls.	Resp.	Temp.
Ore 10 (dopo la medicatura)	65	15	36°,6

Sera.

Ore 7 (dopo la medicatura)	80	24	36°
» 9	80	20	36°,3
» 11	100	25	37°,8

L' ammalato non ha preso sonno. È tranquillo, accusa dolore mediocre alla parte operata e forte alla regione epigastrica: non ha dispnea, solo qualche colpo di tosse accompagnato da uscita di muco sanguinolento. I polsi sono buoni; l' apparecchio di medicatura è già lordo di sangue. Durante questo tempò gli venne înjettata per la via della siringa acqua ogni 10 o 15 minuti, ed ogni 3 ore brodo con uovo, più qualche po' di vino di Marsala.

Mattino del 10 *Novembre.*

	Puls.	Resp.	Temp.
Ore 1 antim.	104	24	37°,5
3 »	110	32	37°,8
5 »	120	32	37°
7 »	120	40	38°,1
9 »	120	36	38°,4
11 »	120	36	38°,2

Durante tutta la notte non dormì e fu in preda ad eccessiva smania. Continuò il dolore all' epigastrio. La sete fu intensa ed inestinguibile, alle 9 antim. viene rinnovata la medicatura, cambiata la cannula e ripulita

la parte che é in ottime condizioni; dopodichè il paziente è sollevato, ha polsi sostenuti e non si lagna molto. Si continuano le somministrazioni mediche e dietetiche preaccennate.

Sera.

	Puls.	Resp	Temp.
Ore 1 pom.	=	24	38°,5

I polsi sono impercettibili: abbattimento gravissimo. Ha fisonomia contratta, occhi infossati e privi di espressione: respiro affannoso, estremità fredde, esauste le forze. Nulla vale a scongiurare imminente catastrofe. Alle 3 dello stesso giorno muore.

Autossia. = Venti ore dopo il cadavere venne sezionato. Furono dapprima levati tutti i punti dalla ferita i cui margini per alcuni tratti avevano cominciato ad aderire. Sollevati i lembi, l'ampia breccia non presentava niente di speciale, solo i tessuti erano un po' tumefatti, iperemici ed edematosi; i vasi e i nervi principali del collo protetti dalla loro guaina e per nulla alterati o lesi; nessun tronco venoso era trombizzato; vedevansi qua e là sparsi sull'ampia superficie cruentata i numerosi nodi in catgut tutti al loro posto. Il corpo tiroide avea volume sestuplo del normale. Spaccata la laringe e prolungata l' incisione lungo la trachea e i bronchi, tali canali non apparivano alterati, nè ingombri da sangue o da altro liquido. I polmoni erano di colore, volume e consistenza normale, solo dal taglio fluiva una quantità di sangue rosso-cupo maggiore del normale. Pleure e cuore sani. Visceri addominali inalterati. Cervello e suoi involucri leggermente iperemici con lieve effusione di siero nelle cavità dei ventricoli.

Alcuni punti di questa storia attirano la nostra attenzione e non sarà inutile il passarli in rassegna.

La diagnosi clinica fu di *condro-sarcoma* e mi basai sulla forma bernocoluta del tumore, sulla consistenza cartilaginea in taluni punti e mollezza in altri, tale da simulare la *fluttuazione,* infine sulla rapiditá di sviluppo avvenuta nella terza riproduzione. L' esame microscopico, escluse l' elemento sarcomatoso dimostrando invece *cartilagine jalina* e *fibro cartilagine*, la parte dura, e *cartilagine mixomatosa* la parte molle. Questa differenza al certo non poteva stabilirsi clinicamente col tumore in sito.

Le incisioni preliminari per la formazione dei lembi furono condotte in modo che mentre l' orizzontale (fig. 2.ª A. A.) girava da un angolo all' altro del mascellare inferiore, lè due verticali invece convergevano in basso verso la linea mediana e circoscrivevano così un triangolo di pelle colla base in alto. Veniva in tal modo formato a sinistra un lembo cutaneo (fig. 2.ª B.) molto più largo del destro, conservando però il vantaggio di una incisione quasi sulla linea mediana nella base del collo per dar passaggio alla cannula tamponante tracheale (fig. 2.ª D) ed alla siringa esofagea (fig. 2.ª C) senza bisogno di praticare un occhiello in cui immettere questi due tubi.

Il non essere possibile la tracheetomia preventiva tolse il vantaggio dell' otturamento tracheale e della *cloro–narcosi.* Alla tracheotomia si opponeva l' essere spinta la trachea quasi totalmente dietro lo sterno e ricoperta dalla glandula tiroide, straordinariamente sviluppata. L' anestesia per le vie naturali fu impossibile per gli eccessi soffocativi sopravvenienti ad ogni inalazione. Non potendo otturare la trachea fu d' uopo,

per impedire l' introduzione del sangue nelle vie aeree, operare a capo pendulo.

L' emostasi riuscì perfettamente seguendo i consigli che il professor Bottini diede per l' estirpazione del gozzo, cioè delle allacciature doppie periferiche e centrali dividendo a piccoli fascetti i tessuti che s' incontrano e adoperando i piccoli *klemmer* del Billroth. Se anche in questo incontro fu evitata la lesione delle carotidi, lo si deve in gran parte al metodo da me tenuto e di cui diedi ragguaglio nella monografia sull'estirpazione della parotide, d'impossessarsi cioè in primo tempo dei grossi fasci nerveo-vascolari, d' isolarli e trattenerli lontani più che é possibile dal campo operativo prima di intaccare il tumore. Questa precauzione mette al sicuro dalla possibilità che le trazioni eseguite sul neoplasma, nell' atto dell' estirpazione, possa trascinar seco qualche importante vaso o nervo, il quale poscia allontanato dalla sua linea anatomica facilmente cadrebbe sotto il tagliente della forbice o del coltello.

Dí grande vantaggio fu l' idea della segmentazione del tumore profittando dei solchi scavati nel neoplasma dal passaggio dei muscoli o fasci nerveo-vascolari; facendo entrare in questi solchi grossi lacci di catgut, riuscì facile strozzare il tumore per poterlo tagliare all' insopra e così diminuirlo di mole.

Asportato gran parte del neoplasma, quando non restò che la porzione aderente alla laringe ed invadente parte di questa, distaccai mediante coltello ed ansa galvano-caustici, gli attacchi laringei, faringei e linguali. Restata in tal modo mobile e libera la laringe potei stirarla in alto, far sporgere fuori dello sterno la trachea, e incidere col mio tracheotomo nel 2.°, 3.° e 4.° anello introducendo per la praticata breccia la cannula di Tredelenburg, e facendo seguire il tamponamento.

La trachea era ricoperta dal corpo tiroide voluminoso sei volte più del normale, fu però evitata ogni emorragia. Prima che la trachea fosse incisa, vedevansi tutti i movimenti automatici della laringe e si sentivano le grida emesse dall' ammalato col metallo e ritmo di un belato senza modulazione, nè inflessione del suono stesso.

Asportai poscia tutta la parte destra della cartilagine tiroide e l' epiglottide, lasciando intatta la glottide e la tiroide sinistra, senza che per nulla venissero alterati i movimenti glottidei, ma soltanto cessarono le grida essendo già stata otturata ad aria la trachea. Molti punti della laringe diedero emorragia bavosa, ma presto venne frenata col cauterio galvanico.

Prima di accingermi a quest' operazione, aveva pensato al modo col quale doveva riparare al piano orale nel caso che il neoplasma l' avesse invaso a tutto spessore, ed al genere di medicatura consecutiva nel caso che la mucosa fosse rimasta intatta. Se l' asportazione del neoplasma fosse stata impossibile senza penetrare nel cavo orale, avrei dovuto sacrificare il piano stesso togliendo anche gli attacchi del genio-glossi; da ciò sarebbe risultato il rovesciamento all' indentro della lingua e la persistenza di una larga breccia inferiore. A tali inconvenienti avea pensato d'ovviare, fissando con un punto di sutura temporaria l' apice della lingua alla sinfisi del mento ed unire con punti di sutura intercisa tutto il margine inferiore cruentato della lingua al margine periferico interno del mascellare inferiore ottenendo così l' adesione della mucosa linguale a quella che tappezza internamente la mandibola. Messi poi in posto i lembi cutanei esterni, e riuniti fra loro, mi prefiggeva di fissare la faccia cruentata dei lembi stessi nella regione sotto mascellare al piano inferiore

della lingua mediante punti di trapasso come quelli dei materassai, trafiggendo il dorso della lingua e la cute del collo. Avvenuta l'adesione avrei tolto il punto temporaneo che tenea fisso l' apice della lingua per impedire la retroflessione, e così tutta la parte cruentata di quest' organo avrebbe trovato un attacco ed un punto d'appoggio al contorno del mascellare ed alla cute della parte superiore del collo. Nel mio caso il tumore fu tolto senza intaccare la mucosa del piano orale, ma posi in opera la 2.ª parte di questo nuovo processo, passando cioè tre anse a trapunto dal piano orale ai lembi cutanei della regione sotto-mascellare e sotto-joideo fissando così la cute colla sua faccia interna a quel tessuto cruentato che ancora restava del piano della bocca. Ciò serviva a togliere quel vuoto che sarebbe rimasto nel luogo ove prima già era la neoplasia, ed a fornire un punto d' attacco ai mobili ed ondulanti lembi cutanei. Quando si tolsero le spugne emostatiche e si fece la sutura, quattro ore dopo l' operazione vedevasi la glottide continuare i suoi movimenti ritmici, e notavasi all' intorno un po' d' edema della glottide stessa, specialmente nella parte che corrispondeva al contatto della siringa esofagea. All' esito infausto, oltre l' estesa lesione e il grave traumatismo, contribuì certamente lo stato di debolezza dell' infermo per la difficoltata nutrizione; e non ultima causa fu il non aver potuto giovarsi del cloroformio, ciò che lasciò il paziente in preda a tutti i dolori di sì lunga e laboriosa operazione.

Fig. I.ª

Fig. II.